



L'ENVOL
Changeons leur vie
membre de serousfun

SEJOUR FRERES & SŒURS

Chers Parents,

Ce dossier est spécifique à un séjour s'adressant aux frères et sœurs d'enfants malades (sans l'enfant malade). Ce séjour se déroulera cette année du **20 au 26 octobre 2019**, inscription avant le 30 septembre 2019 le il est ouvert à tous les enfants de 6 à 17 ans.

Ce dossier ne peut servir à l'inscription d'un seul enfant uniquement. Dans le cas de l'inscription de plusieurs frères et sœurs, veuillez remplir **un dossier par enfant**.

IMPORTANT

Merci de joindre les pièces suivantes :

1. Le dossier dûment complété ;
2. La photocopie du carnet de santé : **Vaccinations et Maladies contagieuses** ;
3. Un **certificat médical** d'aptitude à la vie en collectivité ;
4. L'attestation de la **carte vitale à jour** ou de la CMU pour l'année en cours ;
5. Une copie de l'attestation de **responsabilité civile** ;
6. Toutes les **autorisations signées**.

Tout dossier incomplet entrainerait le retard de l'inscription éventuelle de votre enfant à ce séjour :

Remplir ce dossier, ne garantit en aucun cas l'inscription définitive de votre enfant à un séjour.
L'inscription vous sera confirmée, après un examen et acceptation du dossier par l'équipe de L'ENVOL.

RETOUR DU DOSSIER :

Le dossier doit être complété, signé et envoyé à :

L'ENVOL

Service Médical
216 avenue Jean Jaurès
75019 Paris

familles@lenvol.asso.fr

POUR TOUTES QUESTIONS, N'HÉSITÉZ PAS A NOUS CONTACTER :

PAULINE LÉON

07 62 31 33 44
01 81 69 49 72

familles@lenvol.asso.fr

Nom de l'enfant :

Adresse habituelle de l'enfant :

Code postal : Ville :

Français courant : oui non Autre langue :

PARENTS OU PERSONNE TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

	Mère	Père	Autre personne titulaire de l'autorité parentale	Personne à prévenir en cas d'urgence
Nom				
Prénom				
Adresse si différente				
Code postal				
Ville				
Tel portable				
Tel domicile				
Email				
		Lien de parenté :		

ENFANTS

Nom et prénom du frère ou de la sœur malade : Age :

Maladie :

Médecin référent et Hopital :

Autres frères et sœurs :

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :

PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE :

BESOINS SPECIFIQUES :

	Si oui, préciser à quoi	Quelles réactions ?	Quelle conduite à tenir ?
Allergies			
Alimentaire			
Médicaments			
Autres : animaux, chlore ...			
Asthme ?			

Si oui, merci de donner tous les détails et recommandations à tenir :

Régime alimentaire ?	
----------------------	--

PRECAUTIONS PARTICULIERES :

	Oui	Merci de préciser :
Déjà eu la varicelle ?		
Si c'est une fille, a-t-elle déjà eu ses règles ?		
Problèmes de mobilité ?		
Problèmes d'audition ?		
Problèmes de vision ?		
Problèmes d'expression ?		
Port d'un appareil ? (Auditif, dentaire, lunettes)		
Besoin d'aide pour les tâches du quotidien ?		

<p>Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement, qu'il serait nécessaire de signaler et qui pourrait avoir une incidence sur l'expérience de l'enfant ou des autres enfants à L'ENVOL ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/>, merci de préciser</p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>	
<p>Pour mieux connaître votre enfant, quel est le comportement de votre enfant : <i>(timide, sociable, agressif...)</i></p>	<p>Avec les enfants ?</p>	<p>Avec les adultes ?</p>

Souhaitez-vous nous signaler quelques choses en amont du séjour ? Tous sujets confondus, afin que nous puissions vous accueillir au mieux.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATIONS GENERALES

Nous, soussigné(e)s

Représentants légaux de l'enfant (Nom prénom) : _____

AUTORISONS notre enfant à participer au séjour à L'ENVOL et aux activités prévues (Mini-ferme, Cuisine, Arts créatifs, Journal Télé, Radio, Musique, théâtre ...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTORISONS le personnel médical de L'ENVOL à assurer les soins de routine et à administrer les médicaments habituels et/ou si besoin. L'ENVOL s'engage à informer les familles de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTORISONS en cas d'urgence, l'Association L'ENVOL et les personnes la représentant à pratiquer sur notre enfant toute intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaire.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
AUTORISONS notre enfant à prendre les transports mis en place par l'association L'ENVOL, afin d'accéder aux différentes activités pendant le séjour.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Fait à _____ le _____ 2019

La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.

Signature (Mère) _____ Signature (Père) _____

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) _____

REGLEMENT

Notre politique ne prévoit **pas de contact direct entre les enfants et les parents durant le séjour**. Cette politique a pour but de permettre aux enfants de s'installer et s'habituer à leur nouvel environnement.

Pour avoir des nouvelles de votre enfant pendant le séjour, nous mettrons en place un système de communication avec l'équipe de L'ENVOL.

Fait à _____ le _____ 2019

La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.

Signature (Mère) _____ Signature (Père) _____

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) _____

AUTORISATION DE TRAITEMENT DE DONNÉES ET PHOTOS

Nous, soussigné(e)s

(Mère) _____ (Père) _____ ;

Ou Autre titulaire de l'autorité parentale _____ ;

Représentants légaux de(s) l'enfant(s) (Nom/ Prénom)

1 – TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le dossier d'inscription sont nécessaires pour l'étude de la candidature de votre dossier et font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'équipe médicale et à la personne en charge de la base de données de l'association de l'association L'ENVOL qui en sera le seul destinataire et qui entrera toutes ces informations dans sa base de données.

RECONNAISSONS avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans le dossier de candidature de notre enfant et autorisons l'association L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre du traitement de la candidature de notre dossier.

AVONS été informé.e.s de notre droit à communication, rectification, suppression ou opposition des informations concernant notre enfant.

2 – UTILISATION PHOTOS ET VIDEOS

AUTORISONS L'ENVOL, SeriousFun Children's Network et leurs différents partenaires à filmer et photographier mon enfant, cité précédemment et présent au séjour.

Ces images seront susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la communication interne/externe de l'association. Cela inclue la réalisation de tous supports (impression de photos, réalisation de vidéos) pouvant être utilisés par les enfants pendant le séjour, ainsi que la création de supports d'informations (brochures, dossiers, site internet...), l'illustration du projet de l'association pendant les réunions d'informations (avec le personnel médical/paramédical, les bénéficiaires, les autres associations, les familles, les partenaires etc...), mais aussi pour la promotion de l'association et la recherche de partenaires (publications de presse...). L'autorisation écrite des parents est indispensable à cette utilisation. Cette autorisation est valable pendant toute l'année 2019 lors des différents événements organisés par L'ENVOL.

Dans le respect de vos enfants L'ENVOL s'engage à n'en faire aucune exploitation commerciale ni autre usage que celui se rapportant à l'activité de l'association.

Oui NON

Fait à _____ le _____ 2019

La signature des 2 parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale est obligatoire.

Signature (Mère) _____ Signature (Père) _____

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) _____

Les informations recueillies sont nécessaires pour le traitement du dossier médical de votre enfant. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données vous concernant, ou concernant votre enfant. Pour exercer ce droit, vous pouvez nous écrire à contact@lenvol.asso.fr. L'ENVOL s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à des tiers.



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné _____

Certifie avoir examiné à ce jour Mme ou Mr _____

Que ses vaccins obligatoires sont à jour Oui Non

Qu'il/elle a déjà eu la varicelle Oui Non

Il/Elle est apte à la vie en collectivité le temps d'un séjour (20 au 26 octobre 2019 inclus), n'a pas de contre-indication physique à la participation du séjour organisé par L'ENVOL.

Pourra participer à des activités en extérieur Oui Non

Date :

Signature et tampon :